

## Kommunikationsforschung für die Praxis – Bemerkungen zum Arzt-Patient-Gespräch aus sprachwissenschaftlicher Sicht

T.Spranz-Fogasy

### Wissenschaftlich-gesprächsanalytische Grundlagen

Bei der Beschreibung meiner gesprächsanalytischen Grundlagen kann ich mich auf den Titel des Beitrags von Thure von Uexküll berufen (s.S. 42ff.): Unserer Ansicht nach liegt Wirklichkeit in der Tat nicht vor, sondern wird von uns erzeugt – das gilt in noch weit höherem Maße für die *soziale* Wirklichkeit, d.h. für die interaktive Lebenswirklichkeit. Was die Gesprächsanalyse tut, ist die Rekonstruktion der Ordnungsmethoden, mit deren Hilfe Menschen ihre alltagsweltlichen Situationen verbal herstellen und bewältigen.

Daß menschlichem Handeln Methodik zugrundeliegt, ist einleuchtend; anders wäre Verständigung, als Prozeß gemeinsamer Sinn- und Bedeutungsproduktion, nicht denkbar. Wer schon beim bloß organisatorischen Problem des Sprecherwechsels regelmäßig Anschlüsse im Bereich von Zehntelsekunden zustande bringt, muß auch in anderen Dimensionen des Gesprächs auf ein umfangreiches methodisches Repertoire zurückgreifen können.

Diese Methodik wird im sozialen Handeln dadurch manifest, daß allem Tun ein Durchführungsaspekt zugrundeliegt, d.h. jedes Handeln repräsentiert durch formale Merkmale, wozu es *gemacht* ist, „was es *ist*“. Die englische Sprache erleichtert das Verständnis dieses Sachverhalts: dort wird häufig, durch den zusätzlichen Einsatz des Hilfsverbs „to do“ zum Vollverb, der Handlungsaspekt betont <sup>1</sup> (z. B. „do sit down, please“).

Auf den Durchführungsaspekt und seine Manifestation in „Verdeutlichungsleistungen“ der Gesprächsteilnehmer stützen wir uns bei der Analyse von Gesprächen. Ein zentrales methodisches Prinzip unserer Arbeit ist, daß wir alle sicht- und hörbaren Aktivitäten der Interaktionspartner als Lösung einer Aufgabe verstehen, vor die sich der jeweilige Teilnehmer an dieser Stelle des Gesprächs gestellt sah. Auf diese Weise kristallisiert sich unsere Interpretationsaufgabe als Rekonstruktion einer *Aufgabenstruktur* heraus.

Was wir also analysieren, sind formale Eigenschaften von Gesprächen, nicht Sachinhalte und nicht psychologische Hintergründe. Unserer Auffassung nach lassen sich aber sehr weitgehende Anteile des interaktiven Geschehens auf diese Weise verstehen, weil wir uns damit auf genau die Daten stützen, die die Interak-

<sup>1</sup> Zum Durchführungsaspekt formaler Handlungen vgl. Weingarten/Sack/Schenkein (1976); dort insbesondere den Aufsatz von Garfinkel/Sacks (S. 130-176) sowie die einführenden Bemerkungen von Weingarten/Sack (S. 7-26).

tionsteilnehmer selbst produzieren, um einander den Sinn ihrer Beiträge klarzumachen.

Ich möchte an dieser Stelle auch schon eine kurze Einschätzung des Stellenwertes einschieben, den gesprächsanalytisch fundierte Trainingsmaßnahmen haben können: Wir verstehen uns keinesfalls als Alternative zu gesprächspsychotherapeutischen, psychoanalytischen oder psychosomatischen Ansätzen, sondern sehen uns einmal als eine mögliche Ergänzung zur Ausbildung im ärztlichen Gesprächsverhalten und zum anderen als Hilfswissenschaft in dem Sinne, daß wir unter Vorgaben z.B. aus den eben genannten Ansätzen Analysearbeit leisten. Wie beides möglich ist, möchte ich im folgenden in einigen Punkten ansprechen.

## **Das Wissen der Interaktionsteilnehmer**

Gesprächsteilnehmer verfügen über ein umfangreiches Wissen, das ihnen die Durchführung ihrer Gespräche ermöglicht, das ihnen aber in der Regel verborgen bleibt – ähnlich wie bei einem Menschen viele Muskeln in typischen und komplexen Sequenzen aktiviert werden, wenn er geht, ohne daß er das im einzelnen weiß; er kann es halt einfach.

## **Gesprächsabläufe**

In der Allgemeinpraxis habe ich es als teilnehmender Beobachter einmal erlebt, daß eine Patientin den Arzt regelrecht durch das Gespräch „geführt“ hat. Der Arzt ist gesprächspsychotherapeutisch nach Rogers' nichtdirektiver Methode ausgebildet, und die Patientin wußte eben von früheren Besuchen, daß dieser Arzt keineswegs die Gesprächsführung übernehmen würde. So tat sie das schließlich selbst. Immer dann, wenn ein Abschnitt des Gesprächs abgeschlossen war, formulierte sie dies explizit und verbalisierte jeweils auch, was als nächstes zu tun sei. Es war damit beiden immer klar, an welcher Stelle des Gesprächs sie sich gerade befanden.

Nicht nur ein Arzt weiß also offensichtlich über die Abläufe des ärztlichen Gesprächs Bescheid – nein, auch die Patienten wissen, wie man ein ärztliches Gespräch „macht“. Es gibt demnach ein mindestens kulturell verbreitetes Wissen über den Interaktionstyp des ärztlichen Gesprächs, das Arzt und Patient gemeinsam haben. Dazu gehört ein Wissen über die Abfolge logik. Ein „normales“ Arzt-Patienten-Gespräch (z.B. in der Praxis des niedergelassenen Arztes) verläuft beispielsweise so, daß nach Begrüßungsaktivitäten der Arzt den Patienten auffordert, ihm seine Beschwerden zu schildern; nach der Beschwerdeschilderung wird dann der Arzt, aufgrund seines professionellen Wissens, noch einige Punkte abklären, um zu einer Diagnose zu gelangen und im Anschluß daran einen Therapieplan entwickeln, Folgegespräche vereinbaren und evtl. Prognosen abgeben.

Die Gesprächsanalyse analysiert solche Abläufe in ihrer Ablauflogik und ihrer Aufgabenstruktur für die Teilnehmer. Ziel einer Anwendung dieses Wissens ist die Sensibilisierung des Berufspraktikers für die verbewußten Hintergründe seines eigenen kommunikativen Handelns.

## Phasenwechsel

Im Ablauf von Gesprächen zeigt sich immer wieder, daß insbesondere die Übergänge von einer Aufgabe zur nächsten (also z. B. von der Anamnese zur Diagnose) Gefahrenstellen für die Interaktion darstellen. Jeder dieser Übergänge muß zwischen den Partnern ausgehandelt und deutlich gemacht werden. Ein Beispiel für einen – nicht einmal komplizierten – geglückten Phasenwechsel ist folgender Gesprächsausschnitt <sup>2</sup>:

A: Der Auslöser weshalb Sie jetzt hierher kamen waren die Schmerzen?

P: Starke, sehr starke Schmerzen.

A: Habe ich das verstanden- richtig verstanden?

P: Ja.

A: Ja, ja.

P: Ja.

A: Und äh können Sie die jetzt beschreiben, die Schmerzen, wie die aussahen?

Man erkennt, daß der Phasenwechsel gar nicht so einfach ist – und vor allem für den Patienten gelegentlich Probleme mit sich bringt. Ein erster konkreter Vorschlag bezieht sich deshalb darauf, solche Phasenwechsel explizit und metakommunikativ zu formulieren. Dies zu tun, empfiehlt sich an jeder möglichen Gefahrenstelle in Gesprächen – die Gefahrenstellen ausfindig zu machen, kann unsere Aufgabe sein.

Da ich mich bei der Analyse des ärztlichen Gesprächs eigentlich erst am Anfang befinde, muß ich mich hin und wieder auf Erfahrungen aus anderen Untersuchungen stützen. So auch beim folgenden Hinweis: Der Ablauf von Gesprächen, z. B. bei Gesprächen des Typs „Beraten“, zeigt gelegentlich Inkonsistenzen und Brüche. Solche Vorkommnisse verweisen auf latente bzw. verborgene Orientierungen der Partner. (Einer meiner Kollegen hat für die Aufdeckung verdeckter Orientierungen Detektionsmethoden entwickelt <sup>3</sup>). Verdeckte Orientierungen werden also auch an formalen Merkmalen eines Gesprächs sichtbar. Ein Ziel meiner Arbeit wird demnach sein, Inkonsistenzen und Brüche, zusammen mit den dahinterliegenden verborgenen Orientierungen sichtbar und ggf. handhabbar zu machen.

## Die Logik der Beschwerdenschilderung

Ähnliche Inkonsistenzen gibt es auch bei den Schilderungen der Beschwerden durch den Patienten <sup>4</sup>. Diese Schilderungen enthalten ein festes Repertoire von typischen Einzelsachverhalten, die sich über abstrahierende Verfahren erfassen lassen. Jeder dieser Sachverhalte – wir nennen sie „Stücke“ der Beschwerdeschilderung – wird als „zu-Beschwerden-gehörig“ typisiert (im Gegensatz z. B. zur

<sup>2</sup> Auszug aus einem anamnestischen Erstgespräch von Prof. Schüffel (Abteilung Psychosomatik der Universität Marburg).

<sup>3</sup> Vgl. dazu Nothdurft (1984), S. 118 ff.

<sup>4</sup> Zum folgenden vgl. Nothdurft (1985).

Erzählung einer Anekdote, in der dieselben Sachverhalte verwandt werden können, aber eben dann Bestandteil einer Anekdote sind). Diese „Stücke“ bilden in einer bestimmten Auswahl und Anordnung den *interaktiven* Sachverhalt „Beschwerden“. Beispiele für solche „Stücke“ sind:

- Körperfeld („wo es ist“)
- Leiden („was es mir ausmacht“)
- Station („bei welchem Arzt ich schon war“)

Je nach Anordnung dieser Stücke, die wiederum typischen Abwicklungsprinzipien folgt, lassen sich bestimmte Schlüsse auf die Bedeutung der „Geschichte“ für den Patienten ziehen. Die Hoffnung dabei ist, daß dies diagnostisch nicht nur dann fruchtbar ist, wenn die Schilderungen Inkonsistenzen aufweisen, sondern daß auch „normale“ Schilderungen dem Arzt Hinweise geben auf die Probleme des Patienten.

Wichtig bleibt zu beachten, daß unsere Analyse der Beschwerdenschilderung nur aus heuristischen Gründen die Aktivitäten des Patienten isoliert; wieviel auch der Arzt zur Beschwerdenschilderung des Patienten beiträgt, muß hier der knappen Zeit wegen ungesagt bleiben.

### **Balint-Forschung im partiellen Vergleich**

Der Versuch, über gesprächsanalytische Untersuchungen an Gesprächspositionen mit zentraler Bedeutung für die Arzt-Patienten-Interaktion heranzukommen und damit besser umzugehen, deckt sich meiner Ansicht nach mit den Überlegungen der gegenwärtigen Balint-Forschung in England. Die Stichworte einer langen Entwicklung zeigen, daß es immer mehr darum geht, Indikatoren für solche interaktive Momente aufzufinden, die Aufschluß geben über die inneren Konflikte, die dem Krankheitsgeschehen zugrunde liegen. Vom „langen Interview“ reicht die Liste der Stichworte über den „flash“ (Blitz) und die „strange feelings“ (eigentümliche Gefühle) hin zu „surprises“ (Überraschungsmomente). „Surprises“ sind überraschende Momente, in denen der Arzt (bzw. seine Kollegen in der Gruppe) Inkonsistenzen im interaktiven Geschehen wahrnehmen, die auch als Ausdruck der Nöte des Patienten verstanden werden können. (Ich beziehe mich dabei auf zwei längere Gespräche einmal mit Frau Balint und zum anderen mit einer Mitarbeiterin der MSD-Foundation – das ist eine Stiftung von Merck, Sharp & Dohme, die der Fortbildung von Allgemeinärzten dient; dort ist auch das Balint-Forschungsseminar angesiedelt. Ich habe Frau Balint aber leider versprechen müssen, wegen des unsicheren Forschungsstatus nichts über den Inhalt unserer Unterredung zu publizieren; die Stichworte, die ich erwähnte, wurden jedoch in beiden Gesprächen genannt.)

Zusammenfassend formuliert: Unter den gegenwärtigen Bedingungen der Arzt-Patienten-Interaktion (vor allem in der Praxis des niedergelassenen Arztes) muß den möglichen „kritischen Momenten der Interaktion mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, als dem interaktiven Gesamtgeschehen; anderes müßte den Arzt zwangsläufig überfordern.

## Simultaneität und paradoxe Anforderungen

Eine Überforderung der Gesprächspartner kann auch durch die immanente Komplexität von Interaktionen generell entstehen. Die Gesprächsanalyse differenziert aus heuristischen Gründen verschiedene Ebenen der Interaktionskonstitution. Damit ist gemeint, daß die Gesprächsteilnehmer Ordnungsaufgaben ganz unterschiedlicher Art zu bearbeiten haben. So müssen sie beispielsweise

- den Gesprächsverlauf organisieren (z. B. den Sprecherwechsel);
- ein Gespräch in seiner Abfolgelogik herstellen (z. B. die Beschwerden schildern *vor* einer Diagnose, diese wiederum *vor* Therapievorschlügen erstellt haben);
- Sachverhalte angemessen darstellen (dieselbe Geschichte läßt sich einmal als Anekdote, ein anderes Mal als Problem erzählen);
- das wechselseitige Verständnis sichern (z. B. durch Rückfragen, durch Erläuterungen etc.);
- eine für das Gespräch ausreichende soziale Beziehung ausarbeiten (z. B. die Arzt-Patienten-Beziehung).

Im Gespräch laufen die Anstrengungen, die mit solchen Aufgaben verbunden sind, natürlich simultan bzw. schwerpunktmäßig ab. Damit ist für die Teilnehmer auch ein besonderes Problempotential quasi gesprächsstrukturell mitgegeben: das der Simultaneität von Anforderungen. Mein zweiter genereller Vorschlag bezieht sich auf dieses Problem. An solchen Gesprächspositionen, an denen die Simultaneität die Teilnehmer - und im ärztlichen Gespräch vor allem den Patienten - in Schwierigkeiten bringt, müßte die Möglichkeit geschaffen werden, die Anforderungen zu entzerren, d. h. sequentiell abzuarbeiten. Das gilt z. B. auch für den Gebrauch von Fachwörtern im Gespräch mit dem Patienten: Bei meinem letzten Arztbesuch mußte ich über einen Ausdruck so lange nachdenken, daß ich einige Erklärungen des Arztes gar nicht mehr mitbekam - im Gegensatz zu den meisten Patienten traue ich mich aber dann, nachzufragen.

Geradezu in ein Dilemma geraten Gesprächsteilnehmer dann, wenn solche Anforderungen einander widersprechen. Ein klassischer Fall ist folgende Situation beim Zahnarzt: Während dieser bei offenem Mund in den Zähnen seines Patienten bohrt, führt er ein lockeres Gespräch mit ihm. Verlangt wird also gleichzeitig, daß der Patient seinen Mund aufmacht, um behandelt zu werden *und* daß er z. B. Fragen beantwortet. Auf diese Weise hat sich meiner Erfahrung nach sogar ein besonderer Interaktionstyp des professionellen Selbstgesprächs entwickelt.

Um aber hier einem möglichen Mißverständnis vorzubeugen, möchte ich betonen, daß natürlich nicht alle Aspekte des interaktiven Geschehens entzerbar sind. So ist es beispielsweise unsinnig, emotionale und sachliche Aspekte eines Krankheitsgeschehens in der Weise zu trennen, daß man dem Patienten sagt, jetzt wollen wir erst mal sehen, was Sache ist und hinterher gehen wir dann auf ihre Gefühle ein. Das geht schon deshalb nicht, weil meist eine für das Krankheitsgeschehen konstitutive Wechselwirkung vorliegt.

## Ausblick

Alle meine Hinweise haben verständlicherweise noch vorläufigen Charakter. Meine Gespräche mit Ärzten haben mir aber gezeigt, daß unsere Tätigkeit für deren Kommunikationspraxis durchaus von Bedeutung sein kann. Was wir nun zu tun haben, ist, systematische Untersuchungen zu verschiedenen Interaktionsmustern des ärztlichen Gesprächs durchzuführen (wie anamnestisches Gespräch, diagnostisches Gespräch usw.) und einzelne Komponenten dieser Muster besonders zu analysieren (wie Fragenkataloge, Vorschlagserläuterungen usw.). Wichtig ist auch die Analyse von sog. „dritten Positionen“, das sind Reaktionen des Arztes auf Aktivitäten des Patienten, die der Arzt selbst, z. B. durch Fragen, ausgelöst hat.

Diese Untersuchungsbereiche kann die Gesprächsanalyse von sich aus angehen. Eine andere Möglichkeit der Zusammenarbeit liegt in der Analyse „unter Anleitung“; damit meine ich, daß aus medizinischer und psychosomatischer Sicht Fragestellungen entworfen werden, die wir dann mit unseren Methoden bearbeiten. (Ich denke beispielsweise daran, daß Balints Diktum „wer Fragen stellt, bekommt Antworten – aber weiter auch nichts“ unter gesprächsanalytischen Gesichtspunkten in aufschlußreicher Weise belegt werden kann.)

Noch ein kurzes Wort zu geplanten Trainingsmaßnahmen. Ich kann hier von Erfahrungen profitieren, die in England in der ärztlichen Fortbildung auf gesprächsanalytischer Basis gewonnen wurden. Dort zeigt sich, daß direkte Maßnahmen, wie z. B. die Vermittlung von Fragetechniken, weniger sinnvoll sind. Hilfreicher ist die Aufklärung und Sensibilisierung im Hinblick auf einzelne Aspekte und typische Eigenschaften vor dem Hintergrund eines ganzheitlichen Wissens über das Gesprächsgeschehen. Diese Arbeit will ich in den nächsten Jahren angehen.

## Literatur

- Nothdurft W (1984) „... äh folgendes Problem, äh ...“. Die interaktive Ausarbeitung „des Problems“ in Beratungsgesprächen. Narr, Tübingen
- Nothdurft W (1985) Schilderung von ‚Beschwerden‘ in ärztlichen Sprechstundengesprächen. Die interaktive Konstitution des klinischen Sachverhalts. In: Löning P, Sager SF (Hrsg) Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger Workshop. Buske, Hamburg
- Weingarten E, Sack F, Schenkein J (Hrsg) (1976) Ethnomethodologie, Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns. Suhrkamp, Frankfurt a. M.